

сочетании с переломами скуло-орбитального комплекса, стенок орбит и передней черепной ямки, переломами стенок орбит и верхней, нижней челюстей. Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1

<b>Локализация переломов</b>	<b>Количество пациентов</b>
Нижняя стенка орбиты	68
Медиальная стенка орбиты	19
Нижняя стенка орбиты + скуло-орбитальный комплекс	59
Нижняя стенка орбиты + нижняя челюсть	20
Стенки орбит + верхняя челюсть	20
Стенки орбит + передняя черепная ямка	4

Из полученных результатов следует, что наиболее распространенным вариантом орбитальной травмы является изолированный перелом нижней стенки орбиты (68 случаев), а также сочетание перелома нижней стенки орбиты и скуло-орбитального комплекса (59 случаев). Реже всего встречались сочетанные переломы стенок орбит и передней черепной ямки (4 случая).

#### **Выводы:**

1. Учитывая наличие особенностей анатомического строения, а также ввиду эстетической значимости данной зоны, правильное и своевременное лечение переломов стенок орбит имеет важное значение в комплексной реабилитации пациентов с травматическими повреждениями костей средней зоны лицевого скелета;

2. В соответствии с данными проведенного ретроспективного исследования, наиболее часто встречаются изолированные переломы нижних стенок орбит, а также сочетание перелома нижней стенки орбиты и скуло-орбитального комплекса;

3. Наименьшую частоту встречаемости показали сочетанные с повреждениями передней черепной ямки переломы стенок орбит.

#### **Список литературы:**

1. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева // М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2010. – 928 с.

2. Brennan P. Maxillofacial surgery, 3-rd edition / P. Brennan, H. Schliephake, G.E. Ghali, L. Cascarini. – St. Louis: Elsevier, 2017. – 1562 p.

3. Ehrenfeld M. Principles of internal fixation of the Craniomaxillofacial skeleton. Trauma and orthognathic surgery / M. Ehrenfeld, P. Manson J. Prein. – Zurich: Thieme, 2012. – 395 p.

УДК 616.27-002.3

**Абель Е.Э., Дрегалкина А.А.  
ОДОНТОГЕННЫЙ МЕДИАСТИНИТ**

**ЧАСТОТА, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, СОВРЕМЕННЫЕ  
ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ**

Кафедра хирургической стоматологии, отоларингологии и челюстно-  
лицевой хирургии

Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Россия

**Abel E.E., Dregalkina A.A.**

**ODONTOGENIC MEDIASTINITIS  
THE FREQUENCY PECULIARITIES OF MODERN  
OPPORTUNITIES OF EARLY DIAGNOSIS**

Department of surgical dentistry, otolaryngology and maxillofacial surgery  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russia

E-mail: liza-abel@yandex.ru

**Аннотация.** Проведен ретроспективный анализ статистических данных и историй болезни пациентов с одонтогенным медиастинитом, выявлены особенности течения, описано клиническое наблюдение развития контактного медиастинита и тяжелого сепсиса на фоне одонтогенной флегмоны дна полости рта.

**Annotation.** Theretrospectiveanalysisofstatisticaldataandmedicalhistoriesofpatientswithsevere complications of odontogenic inflammatory diseases was carried out, the features of the course were revealed, the clinical observation of the development of contact mediastinitis and severe sepsis against the background of odontogenic phlegmon of the oral cavity was described.

**Ключевые слова:** флегмоны лица и шеи, медиастинит, сепсис

**Key words:** face and neck phlegmons, mediastinitis, sepsis

**Введение**

Медиастинит является одним из наиболее опасных осложнений острой одонтогенной инфекции. Проблема диагностики и лечения острого одонтогенного медиастинита на сегодняшний день сохраняет свою актуальность. По литературным данным одонтогенная инфекция осложняется острым гнойным медиастинитом с частотой от 0,3 до 1,73% [4].

Частота прижизненной диагностики острого одонтогенного медиастинита, по данным литературы, составляет 20,5–50,0% [2]. Летальность от острого медиастинита варьирует и достигает от 14 до 70% и более [1, 3].

**Цель исследования** – повышение эффективности ранней диагностики и лечения контактного одонтогенного медиастинита.

**Материалы и методы исследования**

Проведен анализ статистических данных отделений челюстно-лицевой хирургии Уральского федерального округа (УФО), ретроспективный анализ историй болезни пациентов, находившихся на лечении по поводу одонтогенного медиастинита в отделении ЛОР+ЧЛХ СОКБ №1 г. Екатеринбурга. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Excel.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

По данным специализированных отделений челюстно-лицевой хирургии УФО частота одонтогенного медиастинита составляет 0,4% от общего числа госпитализированных в отделение. Эта цифра различна в разных субъектах и отдельных медицинских учреждениях. Так, например, в Свердловской области частота данного осложнения составляет 0,9%, а в отдельных учреждениях доходит до 2,5%. Тогда как в Челябинской области частота медиастинита составляет 0,07%. Так как наиболее частой причиной являются одонтогенные флегмоны, нами проанализировано отношение частоты развития медиастинита на фоне данной патологии. В среднем количество медиастинитов составляет 13,1 % от одонтогенных флегмон лица и также не одинаково в разных городах УФО (от 0,5% до 22,2%). Необходимо отметить, что лечение таких осложнений несет большие материальные затраты, так койко-день при данной патологии составляет от 4 до 47 дней. Одонтогенный медиастинит является основной причиной летальности пациентов в отделениях челюстно-лицевой хирургии. Летальность в среднем составляет 0,3%.

Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 6 пациентов, находившихся на лечении в отделении ЛОР+ЧЛХ СОКБ №1 в период с 2008 по 2018гг. Из них 4 мужчины и 2 женщины. В возрасте от 38 до 78 лет. Средний возраст составил 59,8 лет. У всех пациентов медиастинит развился на фоне обострения хронического периодонтита зуба, осложненного прогрессирующей флегмоной окологлазничных мягких тканей лица и шеи. Срок от момента обострения до установления диагноза медиастинит - от 2 до 6 дней, в среднем составил 4 дня. Все пациенты имели сопутствующие заболевания: 4 – сахарный диабет II типа (инсулиннезависимый), 1 – гепатит С, 1 – гипертоническую болезнь. Всем пациентам в стационарах по месту жительства была оказана своевременная неотложная помощь по лечению флегмон, но учитывая отрицательную динамику, пациенты были переведены в СОКБ №1.

Общее состояние у всех пациентов оценивалось как тяжелое, характерна выраженная интоксикация, гипертермия максимально достигала 39,2<sup>0</sup>С, признаки нарастающей асфиксии. Местные симптомы не отличались значительной специфичностью, так как нивелировались симптоматикой распространенной флегмоны шеи. У всех пациентов воспаление мягких тканей имело гнилостно-некротический характер.

В исследованиях периферической крови характерен выраженный нейтрофильный лейкоцитоз (в среднем  $27 \times 10^9$  /л), ускоренное СОЭ (в среднем 42,5 мм/час). В биохимическом анализе крови повышение мочевины (от 10 до

28 ммоль/л) и креатинина (от 120 до 181 ммоль/л), также обращало на себя внимание повышение уровня С-реактивного белка у 5 пациентов из 6 (от 12 до 415 мг/л). У всех 6 пациентов диагноз медиастинита был подтвержден рентгенологически.

В 2 случаях из 6 течение заболевания осложнилось развитием плеврита, в 1 случае – сепсисом, в 2 случаях закончилось летально. Койко-день составил в среднем 22,5 суток.

Приводим клинический случай.

Пациент М. 38 лет. Поступил в отделение ЛОР+ЧЛХ СОКБ №1 с жалобами на боль и отек поднижнечелюстной области справа, боль в грудной клетке, затрудненное дыхание, болезненное глотание и открывание рта.

Считает себя больным в течение 5 дней, когда впервые почувствовал боль в зубах нижней челюсти справа. За помощью не обращался, боль нарастала, через два дня появился отек в поднижнечелюстной области, который постепенно увеличивался, появилась боль при глотании, ограничение открывания рта, повышение температуры тела до 38,0<sup>0</sup>С. Обратился к стоматологу по месту жительства. С диагнозом: «Одонтогенная флегмона дна полости рта» направлен в неотложном порядке в СОКБ №1. Из анамнеза жизни: гипертоническая болезнь 2ст., 3ст., риск 3. Аллергия на «Мовалис» по типу крапивницы.

Объективно: состояние тяжелое, положение вынужденное (сидит, наклонившись вперед), отмечается одышка, осиплость голоса. Кожа бледная, холодная.

Местный статус: Отек мягких тканей поднижнечелюстной области справа, передней и боковой поверхности шеи справа, кожа над этими участками не гиперемирована, нормальной температуры, при глубокой пальпации определяется резкая болезненность под углом нижней челюсти справа и по переднему краю кивательной мышцы справа. Открывание рта менее 1 см.

На КТ мягких тканей шеи признаки флегмоны поднижнечелюстной области, глубоких клетчаточных пространств шеи справа. Медиастинит (преимущественно передний), лимфаденопатия поднижнечелюстных и боковых шейных лимфатических узлов справа, органов грудной клетки и средостения (рис. 1).

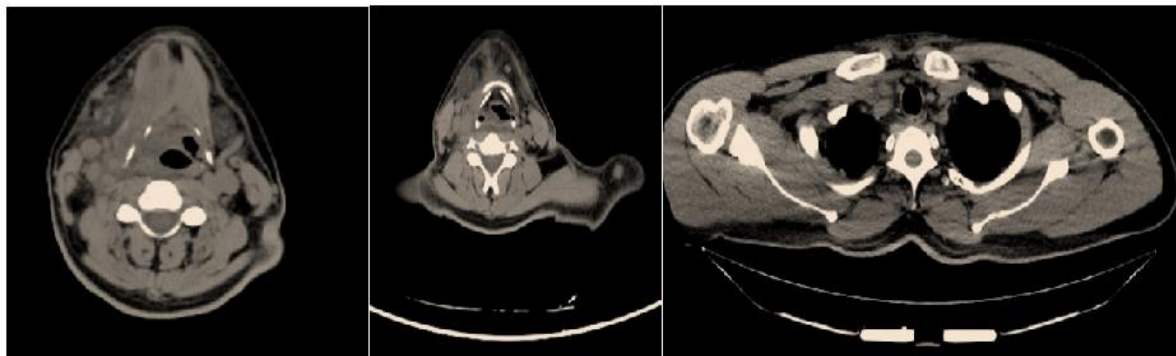


Рис. 1. КТ шеи и средостения пациента М. при поступлении

В общем анализе крови – умеренно выраженный лейкоцитоз, в биохимическом анализе значительное повышение мочевины (17,6 ммоль/л), креатинина 181 ммоль/л) и СРБ (415,3).

Диагноз: Флегмона поднижнечелюстного, окологлоточного пространства, глубоких клетчаточных пространств шеи, передний медиастинит.

В неотложном порядке проведена операция: Трахеостомия. Вскрытие и дренирование очага воспаления в мягких тканях поднижнечелюстного, окологлоточного пространств. Медиастинотомия по Разумовскому справа и слева. Удаление зуба 4.7. Больному назначено комплексное лечение, находится в РАО для проведения интенсивной терапии.

На 3-4 сутки состояние пациента без положительной динамики. Отмечается интермиттирующий характер температурной кривой с резким повышением в вечерние часы и снижением до нормы утром (рис. 2).

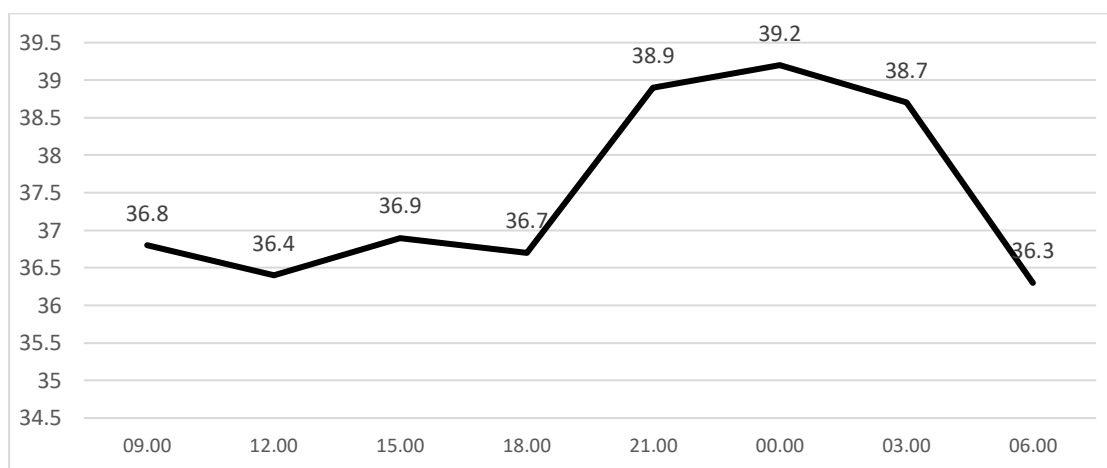


Рис. 2. Средние показатели температуры тела пациента М.

На КТ дренированная флегмона шеи. Медиастинит верхнего и среднего этажей средостения. Двусторонний гидроторакс. Компрессионные ателектазы задне-базальных сегментов легких. Количество содержимого в переднем средостении в сравнении с предыдущим КТ увеличилось.

Больному проведена ревизия и санация глубоких клетчаточных пространств шеи, окологлоточного пространства, переднего и заднего верхнего средостения, произведено пункционное дренирование плевральной полости справа и слева, наложен дренаж по Бюлау.

В динамике основных лабораторных показателей пациента М. отмечается умеренное повышение лейкоцитов, за счет палочкоядерных форм. Отчетливо видны признаки нарастающей анемии, снижение общего белка за счет его альбуминовой фракции, повышение креатинина и мочевины в сыворотке крови.

Пациент переведен в отделение гнойной хирургии, где было проведено 5 операций ревизии ран шеи, средостения, этапные некрэктомии. Несмотря на активную антибактериальную и интенсивную терапию у больного развился тяжелый сепсис, с положительными результатами бактериологического анализа крови. Выделена синегнойная палочка, резистентная практически ко всем

антибактериальным препаратам, и золотистый стафилококк, чувствительный к большинству антибактериальных препаратов.

На 16 сутки пациент переведен из РАО. Появилась положительная динамика по состоянию пациента, послеоперационных ран, лабораторным и рентгенологическим данным.

*Клинический диагноз:*

*Основной:* Одонтогенная прогрессирующая гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта и шеи.

*Осложнения основного диагноза:* Передний и задний верхний медиастинит. Тяжелый сепсис.

*Сопутствующий:* Гипертоническая болезнь 2ст. 3 ст. риск 3.

Пациент провел в стационаре 40 дней, выписан с выздоровлением.

Анализ статистических данных, историй болезни позволили сделать следующие выводы.

**Выводы:**

1. Частота встречаемости одонтогенного медиастинита составляет 0,3% от общего числа госпитализированных в отделения челюстно-лицевой хирургии и 13,1% от числа госпитализированных по поводу одонтогенных флегмон лица и шеи.

2. Развитие медиастинита характерно при распространенных гнилостно-некротических флегмонах с прогрессирующим течением, на фоне соматической патологии.

3. Характерно быстрое распространение на ткани средостения, выраженный синдром эндогенной интоксикации, неспецифичные местные симптомы, длительное течение.

4. Использование рентгенологических, лабораторных, микробиологических исследований в режиме мониторинга, позволяет своевременно применить активную лечебную тактику и избежать летального исхода.

**Список литературы:**

1. Доброквашин С.В. Тактика хирургического лечения больных острым медиастинитом / С.В. Доброквашин, Р.Р. Мустафин, А.Г. Хакимов и др. // Вестник современной клинической медицины. Научные статьи. – 2014. – Т.7. – №2. – С.64-67.

2. Столяров С.И. Превентивная медиастинотомия при нисходящем одонтогенном медиастините / С.И. Столяров, В.В. Данилов // Здоровье. Медицинская экология. Наука. – 2017. – №2(66). – С.74–76.

3. Чикинев Ю.В. Оптимизация диагностики и лечения больных вторичным острым медиастинитом различной этиологии / Ю.В. Чикинев, Е.А. Дробязгин, Т.С. Колесникова // Сибирский научный медицинский журнал. – 2015. – Т.35. – №1. – С.76-79.

4. Юлдашев И.М. Тотальный одонтогенный медиастинит как осложнение гнилостно-некротической флегмоны дна полости рта / И.М. Юлдашев, Б.К.

Ургуналиев, А.А. Ашиналиев // Тихоокеанский медицинский журнал.  
Наблюдения из практики. – 2011. – №3. – С.97-98.

УДК 616.31

**Басаргина А.Д., Еремина А.Л., <sup>1</sup>Сорокоумова Д.В., <sup>1</sup>Григорьев С.С.,  
<sup>2</sup>Панфилов П.Е.**

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ  
АЛМАЗНОГО БОРА, УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАСАДКИ START-X И  
ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО БОРА МАНСА ДЛЯ ИЗВЛЕЧЕНИЯ  
СТЕКЛОВОЛОКОННОГО ШТИФТА.**

<sup>1</sup>Кафедра терапевтической стоматологии и пропедевтики  
стоматологических заболеваний и

<sup>2</sup>Институт естествознания, Уральского федерального университета им.  
Первого Президента России  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Basargina A.D., Eremina A.L., <sup>1</sup>Sorokoumova D.V., <sup>1</sup>Grigoriev, S.S.,  
<sup>2</sup>Panfilov P.E.**

**COMPARATIVE EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE  
APPLICATION OF DIAMOND BUR, ULTRASONIC TIP START-X AND  
ENDODONTIC BURS MANS TO RETRIEVE THE FIBERGLASS PIN.**

<sup>1</sup>Department of therapeutic dentistry and  
propaedeutic of dental diseases and

<sup>2</sup>Institute of natural sciences, Ural federal university.  
first president of Russia  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: abasargina875@gmail.com

**Аннотация.** В статье ставится задача провести сравнительную оценку использования алмазных боров, специальных эндодонтических боров Манса и УЗ-насадки startX на этапе повторного лечения корневых каналов. На основе проведенного исследования авторами предлагается для извлечения стекловолоконного штифта использовать комбинацию инструментов – специального эндодонтического бора Манса и ультразвуковой насадки START-X.

Контроль распломбировки рекомендуется осуществлять с применением дополнительного увеличения.

**Annotation.** The article aims to make a comparative assessment of the use of diamond burs, special endodontic burs Mans and ultrasonic attachment START-X at the stage of repeated treatment of root canals. On the basis of the study, the authors propose to use a combination of tools - a special endodontic burs Mans and an